PHR*plus*

Partenaires pour la réforme du secteur de la santé

Septembre 2004

21 Questions sur le FCS : Les Mutuelles de Santé

Un aperçu du financement communautaire de la santé

Dans le contexte de dépenses publiques inadéquates dans le secteur de la santé, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de recouvrement des coûts, tels que le paiement par l'usager, comme approche de financement supplémentaire pour les prestations de soins de santé. Cette pratique a suscité certaines inquiétudes en rapport avec l'équité et l'accès aux soins pour les populations défavorisées, et la recherche de solutions complémentaires pour le financement continue. Une réponse a été un phénomène qui a connu une croissance rapide dans certains pays en développement : le financement communautaire de la santé (FCS.)

Le FCS n'est pas un nouveau phénomène. De tels schémas existent depuis longtemps et, dans certains cas, ils sont le résultat de l'évolution de mécanismes traditionnels de constitution de pools de risques (tels que la *tontine* en Afrique de l'Ouest.) Une analyse effectuée en 1997 avait identifié 81 mutuelles de santé documentées dans le monde entier, la majorité étant en Afrique au sud du Sahara et en Asie (Bennett et al. 1998). Aujourd'hui, il y en a plusieurs centaines, et peut-être même des milliers. On a constaté récemment un intérêt très vif pour le FCS ; par exemple, la Commission de Macroéconomie et de Santé a recommandé que les paiements par les usagers soient de plus en plus canalisés à travers des mutuelles de santé (Organisation Mondiale de la Santé 2001). Les communautés et les gouvernements semblent également être de plus en plus intéressés par le FCS. Au Ghana, le nombre de mutuelles de santé est passé de quatre à 159 dans le pays en deux ans, et les politiques nationales de financement de la santé au Ghana et en Tanzanie accordent un rôle crucial aux FCS.

Ce document a pour objet de répondre à plusieurs questions fondamentales sur le FCS qui pourraient être posées par des décideurs et des fournisseurs d'assistance technique intéressés par ce sujet. Les questions et les réponses ne sont pas formulées dans le but de fournir un guide détaillé à l'intention des responsables de projets sur la façon de mettre en œuvre des mutuelles; elles visent plutôt à mettre à la disposition des décideurs dans les ministères de la santé et des finances, dans les organisations internationales et dans les organisations non gouvernementales un aperçu général de la manière dont les mutuelles sont mises au point et sont gérées, ainsi que leurs principaux avantages et leurs principales limitations. De plus, bien que le FCS constitue un type d'assurance, ce document n'a pas pour objet de couvrir la théorie des assurances. La bibliographie qui figure à la fin de ce document présente des ressources supplémentaires que les lecteurs pourront consulter pour en apprendre davantage sur la procédure détaillée permettant de créer une association de FCS ou sur la théorie des assurances.

Le texte se fonde sur l'expérience considérable qui a été acquise sur le terrain par le projet *Partners for Health Reformplus* (PHR*plus*) en ce qui concerne le FCS. Bien qu'une grande partie de cette expérience sur le terrain ait été acquise en Afrique au sud du Sahara, en particulier en Afrique de l'Ouest, les leçons apprises dans ces pays peuvent être appliquées à d'autres parties du monde.

Définitions

1 En quoi consistent les mutuelles de santé ?

Bien qu' elles varient dans leurs détails d'un pays à un autre et d'une association à une autre, les mutuelles de santé ont un but commun : trouver les moyens d'aider les communautés à satisfaire leurs besoins de financement grâce à la mise en commun des revenus et à des décisions d'affectation des ressources prises par la communauté elle-même. Les mutuelles constituent une forme d'assurance : elles permettent aux adhérents de payer périodiquement des primes peu élevées pour ne pas avoir à payer des sommes beaucoup plus élevées pour des soins de santé s'ils tombent malades. Cependant, à la différence de nombreux schémas d'assurances, les mutuelles de santé sont normalement basées sur les concepts d'entraide mutuelle et de solidarité sociale.

« Les schémas de financement communautaire sont connus sous des noms variés dans différents pays : ils sont appelés 'Mutual Health Organizations', ou MHO, en Afrique de l'Ouest anglophone, mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest francophone et 'igualas médicas' en République dominicaine. »

Les mutuelles de santé peuvent se développer sur la base d'entités géographiques (villages ou districts), de groupements artisanaux ou professionnels (comme des syndicats ou des coopératives agricoles), ou de formations sanitaires. Les mutuelles de santé sont généralement conçues par les membres des secteurs informels ou ruraux qui ne sont pas en mesure d'obtenir une assurance maladie publique, privée ou d'entreprise adéquate ; elles sont conçues pour leurs membres eux-mêmes. L'adhésion à une telle association est facultative.

Les mutuelles de santé n'ont jamais un but lucratif. Il s'agit parfois d'entités officielles, dûment enregistrées ; dans d'autres cas, elles peuvent fonctionner de façon informelle. Elles s'appuient habituellement sur leurs adhérents pour gérer et administrer l'association, mais le niveau de participation des adhérents varie considérablement d'une association à un autre.

2 Qu'est-ce qui a conduit au développement des mutuelles de santé?

Le FCS n'est pas un nouveau concept, mais il est de plus en plus populaire dans les pays en développement. Les régimes d'assurances sociales pour la santé en Allemagne, au Japon et en Corée se sont développés à partir de mutuelles de santé communautaires de faible envergure correspondant à la définition du FCS présentée plus haut. De même, les quelque 27 000 « *Friendly Societies* » qui existaient au Royaume-Uni à la fin du dix-neuvième siècle étaient gérées dans une large mesure comme les mutuelles de santé d'aujourd'hui. En Afrique de l'Ouest, des mécanismes de solidarité traditionnels similaires aux mutuelles de santé existent depuis de nombreuses années.

Plusieurs raisons expliquent la croissance de l'intérêt manifesté récemment pour le FCS dans les pays à faible niveau de revenus, notamment :

- L'imposition généralisée ou l'augmentation du paiement par les usagers pour les soins de santé du secteur public, mise en œuvre pendant les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix dans de nombreux pays à faible niveau de revenus, tout particulièrement en Afrique au sud du Sahara ;
- La prise de conscience croissante du rôle important de l'utilisation des prestataires de services de santé du secteur privé, même dans les communautés relativement pauvres ;
- L'effondrement des services publics de soins de santé dans certains pays, en particulier ceux (tels que la République Démocratique du Congo) qui ont subi des conflits prolongés et ont des structures administratives limitées ;
- Les difficultés rencontrées lors de l'expansion de la couverture d'assurance maladie officielle aux groupes de population qui sont en dehors du secteur officiel de l'emploi.

Des mutuelles de santé différentes se sont développées à partir de différentes raisons d'être. Certaines mutuelles peuvent aider à protéger leurs adhérents contre le coût du paiement par l'usager associé aux soins dans le secteur public, comme dans le cas de l'association du *Community Health Fund* en Tanzanie. D'autres mutuelles de santé créent essentiellement des pools de risques pour les coûts associés au recours à des prestataires de services du secteur privé, comme dans le cas de l'association de la *Self-Employed Women's Association* en Inde. D'autres associations, tels que l'association de Bwamanda au Congo, s'efforcent d'utiliser des ressources de la communauté pour remplacer des budgets de l'État fantômes.

En général, les mutuelles de santé sont gérées de façon relativement indépendante de l'État. Elles peuvent donc représenter une option particulièrement intéressante dans les contextes où la capacité de l'État est très limitée, ou lorsque la population a peu confiance en l'État. Toutefois, lorsque de telles mutuelles sont établies, il est essentiel de clarifier leurs rapports avec l'État.

Tableau 1 : Glossaire des termes concernant le financement communautaire de la santé

Financement communautaire de la santé/FCS
Un type d'assurance maladie à but non lucratif pour le secteur informel, formé sur la base éthique d'entraide mutuelle et de mise en commun collective des risques de santé, et dont les adhérents participent généralement à la gestion du régime.

Ticket modérateur
Paiement direct à la charge du patient devant être effectué par une personne assurée au moment de l'utilisation des soins de santé.

Partage des coûts
L'un quelconque de plusieurs mécanismes selon lesquels les coûts sont partagés par plusieurs payeurs, tels que les usagers, les employeurs, l'État ou un assureur. Le terme est parfois utilisé spécifiquement pour faire référence à des mécanismes selon lesquels les usagers de services publics partagent les coûts avec l'État.

Micro-assurance
Régimes volontaires et contributifs pour une communauté ayant un faible budget de trésorerie afin de lui permettre de faire face aux risques courus par ses membres. De tels régimes peuvent inclure des types de risques très variés, dont le risque associé aux dépenses en rapport avec les soins de santé.

Mutuelles de santé/mutual health organizations
Termes utilisés en Afrique de l'Ouest pour décrire les schémas de FCS.

Paiement direct du patient/par l'usager
Paiement direct versé par l'usager de services de santé au prestataire de soins au moment de la prestation du service et directement à la charge du patient. Un tel paiement comprend le partage des coûts, ainsi que les paiements informels aux prestataires de services de santé.

Paiement en nature
Paiement pour des services de santé (ou autres) qui ne sont pas sous la forme d'espèces mais de biens ou services (tels qu'une partie d'une récolte ou de la main-d'œuvre).

Prépaiement
Paiement effectué à l'avance qui garantit le droit de recevoir un service lorsqu'il s'avère nécessaire à un coût additionnel réduit ou même sans coût. Ce terme est parfois utilisé d'une manière synonyme au FCS, mais il peut aussi faire référence à un prépaiement pour une personne ou un ménage sans mise en commun des risques entre ménages.

Prime
Montant monétaire payé périodiquement à un assureur en échange d'une assurance maladie pendant une période de durée spécifiée. Également appelée « cotisation » ou « contribution ».

Réassurance
Système selon lequel le premier assureur (appelé également assureur direct) conclut un contrat avec un second assureur pour partager les risques que l'assureur direct a assumés pour le compte de ses membres ou sociétaires. On considère généralement qu'il est financièrement souhaitable de réassurer un régime d'assurance contre des sinistres catastrophiques ou des dettes extraordinaires auxquels le régime d'assurance risque ne pourrait pas faire face.

Pool de risques
La formation d'un groupement de telle façon que des risques individuels puissent être partagés par un grand nombre de personnes. Chaque membre confronté au risque de dépenses considérables (comme des dépenses médicales) contribue une prime de faible montant à un pool commun, ces primes étant utilisées pour dédommager ceux des membres qui ont réellement besoin de payer de telles dépenses.

3 Comment le FCS peut-il contribuer à l'amélioration de la santé ?

Le FCS peut contribuer à améliorer l' accessibilité financière, l'utilisation, la mobilisation des ressources et la qualité de services de santé grâce à des efforts coopératifs et communautaires. L'effet le plus visible du FCS est la réduction des paiements directs à la charge des personnes au moment du recours aux soins. La baisse des paiements directs à la charge des patients par événement peut permettre une utilisation plus fréquente des services de santé et réduire les délais pour l'obtention de soins (cf. Tableau 2). En plus, grâce à ce financement, les membres des mutuelles n'auront probablement pas besoin d'emprunter et de s'endetter pour pouvoir payer des dépenses médicales.

Il existe un certain nombre de mécanismes à travers lesquels les mutuelles de santé peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins. Premièrement, les membres ont tendance à s'attendre à ce que les prestataires de soins partenaires améliorent la qualité du service, et cette attente peut effectivement causer une telle amélioration. En effet, les prestataires se sentiront probablement plus responsables vis-à-vis de leurs clients s'il existe un mécanisme établi permettant à ces derniers de communiquer avec les responsables de la mutuelle de santé. Deuxièmement, la qualité des soins peut être améliorée par des contrats entre les prestataires et les mutuelles stipulant certaines normes de qualité pour différents services. Troisièmement, les établissements de santé peuvent utiliser les paiements des mutuelles pour régulariser les flux de trésorerie ou faire des investissements dans l'approvisionnement en médicaments, etc. Dans de nombreux pays à faible niveau de revenus, les budgets publics pour les soins de santé peuvent être irréguliers, et la création d'une source stable de revenus des mutuelles de santé peut permettre aux prestataires de maintenir des stocks de médicaments et autres fournitures, par exemple.

Tableau 2 : Les avantages du FCS au Rwanda

En 1999, le Ministère de la Santé du Rwanda a institué des tests pilotes de mutuelles de santé dans trois districts. Afin de tirer des leçons pour la formulation de futures politiques, le Ministère a collaboré avec le projet *Partnerships for Health Reform* (PHR) pour conduire une évaluation de l'impact, avec des enquêtes de base et des enquêtes de suivi un an après la mise en œuvre. Ces études ont porté sur l'impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des services par les membres, ainsi que sur la fourniture des services.

Utilisation des services de santé

- Les membres des mutuelles de santé se sont avérés jusqu'à quatre fois plus susceptibles de recourir au système de santé moderne en cas de maladie que les non-membres. Les taux de consultation pour les nouveaux cas concernant des membres de telle association étaient compris dans une plage allant de 1,2 à 1,6 consultations par an et par tête, par rapport à des taux de 0,2 à 0,3 pour les non-membres et pour la population des districts témoins.

Coût des soins de santé

- La valeur des médicaments consommés par consultation par les membres des mutuelles de santé était, en moyenne, plus faible que celle des personnes non membres. Ceci reflète probablement le fait que les membres choisissent de se faire soigner plus tôt que les autres personnes, et qu'ils ont par conséquent besoin de moins de médicaments.

Mobilisation des ressources et récupération des coûts

- Par tête d'habitant, les membres contribuaient deux fois plus que les autres personnes au financement des établissement de santé primaire, ce qui augmentait significativement la recouvrement des coûts et la mobilisation des ressources pour les centres ayant de nombreux adhérents.

Participation, solidarité et développement démocratique

- Dans le cadre de la structure de gestion des mutuelles de santé, des réunions périodiques des responsables des mutuelles, des membres de la communauté et du personnel des centres de santé ont été organisées, ce qui a contribué au développement de processus démocratiques de prise de décision dans le secteur de la santé.
- Il est possible que les mutuelles de santé aient contribué au renforcement de la solidarité sociale en développant des mécanismes de mise en commun des risques entre divers secteurs de la population ; ces mutuelles de santé ont peut-être apporté une contribution cruciale à la reconstruction du Rwanda après la guerre civile.

Développement de capacités

- La formation qui a été conduite dans le cadre du développement des mutuelles a contribué à construire une capacité de gestion financière dans les communautés et parmi les prestataires de soins de santé.

Sources : Schneider et al. (2000), Schneider et Diop (2001), Schneider et al. (2001).

4 Comment le FCS peut-il améliorer l'accès financier aux soins de santé ?

Des études ont montré que pour certains groupes, en particulier dans les couches défavorisées, l'obligation de paiement, même d'une somme très faible, pour obtenir des soins pouvait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé. Le FCS peut réduire de telles barrières financières. Habituellement, le paiement à l'acte par les membres ayant besoin de soins de santé est éliminé ou réduit à un ticket modérateur abordable. Au lieu de cela, les gens paient des primes très faibles selon une périodicité établie à l'avance. Comme les obstacles financiers au moment où les gens ont besoin de soins sont éliminés, la probabilité de demander de soins augmente (cf. Tableau 2).

La façon dont les primes sont payées aux régimes d'assurance maladie peut être adaptée de manière à refléter les conditions locales. Par exemple, certaines mutuelles de santé demandent le paiement des primes une fois par an, lorsque les membres potentiels ont du numéraire disponible : de nombreux agriculteurs produisant juste le minimum vital ne disposent de fonds qu'au moment de la récolte. Comme ces agriculteurs sont en mesure de payer à ce moment, ils peuvent adhérer aux mutuelles de santé.

Une autre manière par laquelle les mutuelles de santé améliorent l'accès financier est leur capacité de négocier des taux préférentiels pour les services avec les prestataires, ce qui permet aux adhérents d'obtenir plus de services pour leur argent.

5 Est-ce que les mutuelles de santé couvrent seulement les services de soins primaires ou à la fois les soins primaires et les soins hospitaliers ?

Diverses mutuelles de santé couvrent des niveaux de soins différents en fonction des besoins et des préférences des membres de la mutuelle, de leurs capacités de payer et de la disponibilité des services dans la région. De nombreux adhérents voudraient que la mutuelle couvre tous les aspects des soins de santé, mais ceci n'est pas toujours possible – ou même souhaitable. Les mutuelles qui promettent des services très complets devront imposer des niveaux de primes plus élevés qui risquent de dissuader certaines personnes d'adhérer, et ceci augmenterait le danger d'effondrement de l'association en raison du nombre insuffisant des adhérents (et, par conséquent, des fonds).

Une association peut décider de commencer sur une petite échelle et ajouter progressivement des services au fur et à mesure qu' elle augmente le nombre de ses adhérents. De nombreuses mutuelles de santé donnent la priorité aux soins de santé primaires parmi les prestations offertes, et elles ne fournissent qu'une couverture limitée pour les soins hospitaliers. D'autres mutuelles commencent par offrir des services hospitaliers et proposent ensuite certains services de soins primaires. Si les mutuelles ne couvrent que l'hospitalisation, il est probable que seul un faible pourcentage de leurs membres auront accès ces bénéfices. L'inclusion de services de soins primaires dans le paquet de bénéfices peut être bénéfique parce que cela démontre les avantages de l'appartenance à la mutuelle.

La disponibilité des soins de santé (en particulier des soins hospitaliers) est également un problème ; certaines mutuelles sont basées trop loin de tout hôpital, ou les services désirés ne sont simplement pas offerts à l'hôpital local. Dans de tels cas, les mutuelles peuvent passer des contrats avec des hôpitaux régionaux ou nationaux et inclure les frais de transport à destination de ces hôpitaux dans leurs paquets de bénéfices.

Une liste commune de services offerts par une mutuelle de santé comprend : visites médicales périodiques, soins de santé reproductive (soins prénatals et post-natals, accouchement [simple et parfois en cas de complication] et, de plus en plus, planification familiale), médicaments, services d'ambulance, hospitalisation (généralement avec certaines limitations), tests en laboratoire, vaccinations, et informations générales et éducation en matière de santé.

La liste des prestations est normalement établie conjointement avec la communauté locale en fonction des besoins, des priorités et de la capacité de payer. Certaines mutuelles identifient les dix problèmes de santé prioritaires et concentrent leurs services dans ces domaines. Dans d'autres associations, les services offerts sont déterminés par les services à la disposition de la communauté. Il est toujours important de garder présent à l'esprit le fait que de nombreux membres des mutuelles de santé ne pourront pas payer les sommes élevées qui sont requises pour une liste étendue de services.

6 Est-ce que les mutuelles de santé encouragent le recours aux services prioritaires ?

En incluant des services prioritaires tels que les services de santé maternelle et infantile sur leurs listes de prestations couvertes, les mutuelles de santé peuvent abaisser les barrières faisant obstacle aux soins et encourager le recours à ces services prioritaires. Un nombre croissant de mutuelles incorporent les services de santé maternelle et infantile à la liste de leurs paquets de bénéfices. Par exemple, la grande majorité des mutuelles au Sénégal offrent des soins prénatals et post-natals, des accouchements et des services de planification familiale parmi les paquets de bénéfices. Cependant, de tels services prioritaires sont parfois exclus des paquets de bénéfices car ils sont fournis gratuitement par le secteur public. C'est le cas au Ghana, par exemple, où les services de planification familiale sont généralement exclus des paquets de bénéfices.

Le Tableau 3 résume l'impact du FCS au Rwanda sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Il n'existe pas beaucoup de statistiques d'autres mutuelles sur la mesure dans laquelle l'inclusion de services dans les paquets de bénéfices affecte cette utilisation, mais certaines statistiques qui n'ont pas encore été confirmées semblent suggérer qu'en général l'inclusion de tels services dans le paquet de bénéfices ait tendance à conduire à une augmentation de l'utilisation des services concernés.

7 Est-ce que les mutuelles de santé peuvent être utiles pour les personnes séropositives ou souffrant du SIDA ?

Les coûts élevés associés au traitement des infections opportunistes, ou aux traitements antirétroviraux pour les personnes séropositives ou souffrant du SIDA, posent, au moins en théorie, un problème pour la viabilité financière des mutuelles de santé. Si une proportion élevée (ou au moins plus élevée que la proportion attendue) des membres d'une ssociation sont séropositifs, le coût de leur traitement peut être plus cher que le budget initialement prévu, auquel cas l'association sera soumise à une instabilité financière sauf s'il est capable d'augmenter le montant des primes. Toutefois, si les primes augmentent substantiellement de façon à refléter le coût plus élevé des soins pour les personnes séropositives ou souffrant du SIDA, la mutuelle risque de devenir moins intéressante pour les personnes qui ne pensent pas avoir besoin de tels soins de santé intensifs. Par conséquent, peu de personnes qui ne sont pas séropositives y adhéreront, et le coût relatif par personne augmentera encore plus, ce qui crée un cercle vicieux[1]. Dans une telle situation, le seul mécanisme dont dispose l'association pour éviter son effondrement financier total est d'exiger des tests de séropositivité et d'imposer des primes différentes aux personnes séropositives, ou de chercher à obtenir des subventions extérieures pour les membres séropositifs.

Tableau 3 : FCS et services prioritaires

Services de santé maternelle et infantile

- Au Rwanda, les conclusions d'une enquête auprès des ménages ont révélé que le recours aux services préventifs pour les femmes et les enfants était quatre fois plus élevé pour les membres de mutuelles de santé que pour les non-membres.
- Au Rwanda, les femmes enceintes membres des mutuelles de santé étaient jusqu'à 65 pour cent plus susceptibles que les femmes enceintes non membres de demander des soins à un prestataire de soins du secteur moderne. Les femmes non membres étaient près de deux fois plus susceptibles d'accoucher sans assistance, et elles avaient beaucoup moins de visites médicales pendant la grossesse.

Services pour le VIH/SIDA

- Les services pour le VIH/SIDA couverts par les mutuelles de santé en Afrique au sud du Sahara varient : la plupart des mutuelles n'offrent pas de tels services en dehors des soins préventifs, notamment information, éducation et communication (IEC), ainsi que les activités d'extension des services à la communauté. Une enquête couvrant 10 mutuelles au Sénégal a déterminé qu'aucune d'elles ne couvrait les services pour le VIH/SIDA. Au Ghana, six des huit mutuelles ayant fait l'objet d'une enquête incluaient des services pour les personnes séropositives, mais ils portaient essentiellement sur les soins préventifs.

Sources : Anie et al. (2001) ; His et al. (2002) ; Schneider et Diop (2001).

[1] Ce phénomène est appelé antisélection dans le jargon de l'assurance. Il peut se produire non seulement en rapport avec le VIH/SIDA, mais aussi dans toute situation où certaines personnes ont plus besoin de soins que d'autres personnes et sont conscientes d'un tel besoin.

Ce qui se passe réellement dans la pratique avec les mutuelles de santé dans des environnements caractérisés par une prévalence élevée de VIH/SIDA n'est pas clairement documenté ou compris, mais il semblerait que le scénario décrit plus haut ne se matérialise pas vraiment. Dans de nombreuses communautés, des services relativement limités pour les personnes séropositives ou souffrant du SIDA sont disponibles, et actuellement il est rare que des traitements antirétroviraux soient disponibles dans les pays à faibles revenus, mais la situation évolue rapidement. Bien qu'il soit clairement documenté que les coûts des soins pour les patients séropositifs soient plus élevés en moyenne que les coûts des soins pour les personnes qui ne sont pas séropositives, la différence ne semble pas considérable. De plus, comme beaucoup de mutuelles sont motivées par l'amélioration du bien-être de la communauté et s'appuient sur des notions de solidarité sociale, les mutuelles ne voudront probablement pas exclure les personnes séropositives. Dans de nombreux contextes ruraux en Afrique, la majorité de la population ignore si elle est séropositive ou non, la capacité de test locale est extrêmement limitée, et il serait considéré totalement inacceptable que l'association exige de tels tests. Enfin, il a été possible d'identifier quelques mutuelles développées par des personnes séropositives pour aider essentiellement cette catégorie de la population. Bien que la situation financière de ces mutuelles n'ait pas été documentée adéquatement, il ne serait peut-être pas faux de dire que de forts liens de solidarité entre membres séropositifs sont absolument essentiels pour assurer le succès de telles associations.

En outre, on a d'ores et déjà constaté certains résultats positifs en rapport avec le VIH/SIDA dans le cadre des mutuelles de santé (cf. Tableau 3). Certaines mutuelles proposent des conseils et des tests aux personnes qui le désirent, ou encouragent la prévention du VIH/SIDA en offrant une éducation en matière de santé. Certaines autres mutuelles excluent de leur couverture toutes les maladies chroniques ou de longue durée, comme le VIH/SIDA, pour des raisons de viabilité, mais un nombre équivalent de mutuelles offrent une couverture limitée pour les complications du VIH/SIDA. Et certaines mutuelles donnent des références pour des traitements spécialisés à leurs membres séropositifs ou souffrant du SIDA.

Il est également possible que le FCS constituent un mécanisme efficace permettant de canaliser des fonds extérieurs, tels que ceux du Fonds Mondiale de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, pour offrir des soins aux personnes séropositives.

8 Comment le FCS augmente-t-il la participation populaire dans le secteur de la santé ?

En général, les structures d'organisation et les méthodes de gouvernance des mutuelles de santé encouragent la participation populaire. Dans de nombreuses associations, les membres ont la possibilité de participer périodiquement à la gestion des mutuelles par le biais d'assemblées générales, de réunions de groupes et d'élection de responsables. Dans les mutuelles avec lesquels PHR*plus* coopère en Afrique de l'Ouest, les gérants des mutuelles sont encouragés à présenter des rapports d'activité et des états financiers d'une façon non technique lors des assemblées générales. Des commissions de contrôle composées d'adhérents ont des pouvoirs d'audit, et les paquets de bénéfices, les cotisations et les questions de gestion financière sont discutées publiquement.

Ce type de participation populaire aux fonctions de gestion et à la gouvernance des mutuelles permet aux mutuelles de santé de mieux refléter les désirs de leurs adhérents. Par exemple, la participation des membres aux mutuelles peut conduire à l'évolution des paquets de bénéfices de façon à mieux répondre aux besoins des adhérents. S'il existe une participation populaire réelle aux mutuelles, ces dernières peuvent devenir un forum permettant la communication entre les parties prenantes dans le secteur de la santé, tels que les prestataires de soins, l'État et la communauté.

Dans la pratique, le degré de promotion de la participation populaire par les mutuelles varie considérablement, reflétant comment et pourquoi une association a été créée, ainsi que le degré de solidarité sociale et de capital social existant dans la communauté. Bien qu'il faille peut-être plus longtemps pour développer une association de FCS en coopérant avec la communauté, l'expérience de PHR*plus* suggère que cet investissement initial est essentiel au succès continu d'une mutuelle.

Certains partisans des mutuelles de santé les ont considérées non seulement comme un mécanisme de promotion de la participation populaire au secteur de la santé, mais aussi comme un moyen d'encourager le développement démocratique au niveau local. Bien qu'il n'existe pas de preuves empiriques démontrant que cela se produit, il semblerait vraisemblable que les processus utilisés pour développer et gérer les mutuelles améliorent la capacité de gérer des initiatives de développement et d'entamer un dialogue politique au niveau de la communauté.

9 Est-ce que les personnes très pauvres adhèrent aux mutuelles de sante (et comment peuvent-elles être encouragées à le faire) ?

Une critique fréquemment exprimée contre les schémas de FCS est qu'ils excluent les pauvres. Il est certain, que dans la mesure où elles existent, les statistiques suggèrent que le FCS a surtout du succès parmi les « classes moyennes » rurales. Cependant, dans de nombreux pays à faible niveau de revenus, les populations rurales dans leur ensemble sont pauvres, et les « classes moyennes » rurales font certainement partie de la majorité des pauvres.

Quels sont les obstacles à l'adhésion aux mutuelles pour les personnes très pauvres ? Parfois, même des primes relativement modestes peuvent être trop élevées pour les pauvres si elles ne servent qu'à éliminer le *risque* de futurs coûts pour des soins de santé. De plus, très peu de mutuelles permettent un paiement en nature en raison de la complexité de gestion de tels paiements ; par conséquent, les ménages ne disposant pas d'argent en seront probablement exclus. Enfin, il est bien connu que les pauvres doivent généralement surmonter également d'autres obstacles non négligeables pour avoir accès aux soins, notamment en termes d'éloignement géographique et d'attitude des prestataires de services de santé en ce qui concerne le traitement des personnes les plus défavorisées.

Il existe un certain nombre de stratégies que les mutuelles de santé peuvent utiliser pour encourager les personnes les plus pauvres à adhérer. Pour améliorer l'accessibilité financière, les gouvernements et les organisations caritatives peuvent subventionner les primes pour les personnes les plus pauvres. Dans le cadre des activités pilotes de PHR au Rwanda, une église a subventionné les primes pour environ 3 000 veuves et orphelins. De nombreuses mutuelles de santé ont des « fonds de solidarité » auxquels sont versés de petits suppléments ajoutés aux primes qui sont utilisés pour permettre une adhésion gratuite ou à très faible coût aux personnes très pauvres. Dans de tels cas, les mutuelles déterminent un certain pourcentage du nombre total des adhérents, comme 5 %, qui sera réservé aux indigents et sera payé avec l'argent de ce fonds. Certains mutuelles ont une échelle mobile pour les primes en fonction des revenus, mais ceci peut être difficile à mettre en œuvre dans les environnements ruraux et informels. D'autres mutuelles de santé ont des plans d'épargne incorporés qui permettent aux ménages de mettre progressivement de côté de petites sommes afin de pouvoir payer leurs primes. L'inclusion de FCS dans les organisations de micro-crédit qui appuient les activités génératrices de revenus pour les pauvres ou l'adaptation des paquets de bénéfices afin de réduire le montant des primes peuvent également rendre le FCS plus accessible pour les couches les plus défavorisées. Enfin, il a été suggéré que les mutuelles pourraient fournir un mécanisme permettant de canaliser les subventions des bailleurs extérieurs (telles que celles qui sont associées aux documents de stratégie de réduction de la pauvreté) pour cibler les personnes les plus pauvres.

Beaucoup de stratégies visant à améliorer l'accessibilité financière pour les pauvres nécessitent que les mutuelles de santé identifient les résidents les plus pauvres dans la communauté (qui ont droit à une subvention pour le paiement des primes). Les mutuelles de santé sont proches des communautés et sont constituées de membres des communautés. Par conséquent, elles peuvent être bien placés pour identifier les ménages les plus pauvres. Il s'agit néanmoins d'une tâche complexe, et le degré de succès des mutuelles de santé dans la réalisation de cette fonction n'a pas été évalué.

Les mutuelles de santé peuvent aussi s'attaquer à certains des obstacles non financiers qui empêchent les ménages les plus pauvres d'y adhérer. Par exemple, certains revenus de l'association pourraient être utilisés pour contribuer à étendre les services dans des villages plus pauvres et plus éloignés, et des contrats pourraient être conclus par les mutuelles avec des prestataires de services pour souligner l'importance de la fourniture de soins de qualité de façon respectueuse à tous les membres de l'association.

Questions opérationnelles

10 Que faut-il faire pour mettre en place des mutuelles de santé?

Il faut du temps et de la patience pour mettre en place des mutuelles de santé. Il est essentiel d'assurer l'éducation, l'information et la participation démocratique des communautés dans la conception d'une mutuelle, la spécification des paquets de bénéfices, la fixation des primes et l'établissement de procédures d' opération.

Le Tableau 4 montre les étapes du processus généralement utilisé par les conseillers de PHR*plus* en Afrique de l'Ouest quand ils coopèrent avec une nouvelle mutuelle de saute. Bien que ces directives ne constituent pas une feuille de route garantissant le succès, l'expérience de PHR*plus* suggère qu'en suivant cette procédure les initiateurs d'une mutuelle de santé ont plus de chances de parvenir à former des mutuelles viables et robustes. Malgré le fait que de nombreuses mutuelles de santé ont constitué leurs structures de cette manière, ce modèle ne représente nullement une procédure immuable. Les étapes peuvent changer en fonction du pays et de la région.

La participation totale de communauté est essentielle. Ceci commence normalement par des informations à la population pour expliquer en quoi consistent les mutuelles de santé. Pour pouvoir jouer un rôle fondamental dans l'association, la communauté doit comprendre les droits et les responsabilités associés à la qualité d'adhèrent. En établissant l'association dans un cadre démocratique, on crée les bases pour les futures interactions. Pour aider la population à prendre des décisions éclairées sur la constitution d'une association, il faut généralement réaliser une étude de faisabilité, et les résultats de l'étude doivent être présentés et discutés. Diverses options concernant les paquets de bénéfices et les primes sont évaluées sur la base de ces résultats.

Comme le montre le Tableau 4, la coordination des tâches préparatoires nécessaires au succès d'une mutuelle de santé nécessite fréquemment des appuis techniques substantiels depuis l'extérieur de la communauté. Quand le taux de croissance des mutuelles est relativement lent, un soutien technique peut être fourni en utilisant des ressources d'assistance technique limitées, mais lorsque le rythme de croissance du mouvement de mutuelles de santé s'accélère, ceci deviendra probablement de plus en plus difficile. L'intensité de l'assistance technique requise à l'appui de nouvelles mutuelles de santé a causé des inquiétudes au sujet du rythme de développement de telles mutuelles à une grande échelle et de leur viabilité. Toutefois, de plus en plus, des entités régionales de soutien se développent et fournissent une approche plus systématique et institutionnalisée de l'assistance technique. C'est le cas au Sénégal et au Ghana, comme le montre le GRAIM dans la région de Thiès au Sénégal (cf. Tableau 5). Des partenaires extérieurs peuvent jouer un rôle important dans la création d'une capacité locale d'assistance technique aux mutuelles de santé.

Tableau 4 : Étapes de la constitution de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du centre

Voici les étapes de la procédure utilisée par les conseillers techniques régionaux de PHR*plus* et leurs partenaires dans les communautés en Afrique de l'Ouest dans la mise en place des mutuelles de santé :

1. Informer et éduquer la population quant au concept des mutuelles.
2. Établir un comité d'initiative dans la communauté pour superviser la mise en œuvre d'une mutuelle de santé.
3. Conduire une étude de faisabilité avec les fournisseurs d'assistance technique et le comité d'initiative de la mutuelle de santé.
4. Établir plusieurs options pour les paquets de bénéfices.
5. Disséminer les résultats de l'étude de faisabilité dans la population ciblée.
6. Convoquer une assemblée générale pour arriver à un consensus sur les paquets de bénéfices, les primes et les modalites de fonctionnement.
7. Exiger une période d'attente avant que les membres puissent commencer à utiliser les benefices de la mutuelle.
8. Renforcer la mutuelle de santé pendant la période d'attente (campagne de recrutement, éducation des membres, contrats avec des prestataires).
9. Commencer les opérations de la mutuelle sans aucune restriction.

Tableau 5 : Le rôle du GRAIM

Le GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes) est une entité professionnelle régionale qui soutient le développement des mutuelles de santé et développe une capacité de gestion dans la région de Thiès au Sénégal. Initialement, un comité directeur pouvant offrir son expérience de la gestion au mouvement de FCS, le GRAIM s'est transformé en un forum de support, d'échange d'idées et d'expériences, et de coordination pour 21 mutuelles de FCS (17 mutuelles sont en activité actuellement ; quatre mutuelles en sont toujours en phase de développement). Au cours des cinq prochaines années, le GRAIM pense pouvoir apporter son soutien à jusqu'à 40 mutuelles de santé couvrant un quart de la région de Thiès.

Le GRAIM fournit actuellement aux dirigeants et aux promoteurs de tels mutuelles de santé des conseils et une aide pour le développement de capacités dans les domaines de la conception des associations, de la gestion financière et des systèmes administratifs, en plus de la formation de bureaux décentralisés. Entre autres, les activités comprennent la formation des dirigeants, la création de registres d'adhérents, la conclusion de contrats avec des prestataires, la rédaction de lettres de garantie et la tenue de registres comptables à des fins fiscales. En plus de la promotion du développement des mutuelles de santé, le GRAIM effectue des recherches sur les mutuelles de santé et la façon d'améliorer leur gestion et leur viabilité. De telles recherches comprennent des études générales de faisabilité et des sujets spéciaux tels que le besoin de réassurance sociale.

La valeur des travaux du GRAIM est évidente dans la région de Thiès, où il est devenu un ambassadeur et « champion » bien connu et respecté de la mutualité dans la région ; il représente les intérêts des mutuelles de la région lors des négociations avec les organisations internationales de développement, les prestataires de services, le gouvernement et les bailleurs. Un accord conclu entre l'hôpital régional à Thiès et le GRAIM a contribué à améliorer la qualité des soins pour la population avoisinante et a suscité un intérêt croissant conduisant à une augmentation du nombre des adhérents. Le GRAIM joue le rôle d'un lien important pour la construction de capacités locales. Il aide à structurer l'assistance technique et sert à orienter les partenaires extérieurs (tels que PHR*plus*) vers les domaines dans lesquels les besoins d'assistance sont les plus grands et les compétences extérieures les plus utiles.

11 Les mutuelles de santé sont-elles viables, et qu'est-ce qui contribue à leur viabilité ?

La viabilité, ou durabilité, d'une mutuelle de santé signifie qu' elle a la capacité de continuer à fonctionner pendant très longtemps. Le concept de viabilité a de nombreuses dimensions, notamment politique, sociale, administrative et financière. La viabilité a été l'une des inquiétudes persistantes en ce qui concerne les mutuelles: la contribution de bénévoles (dont les mutuelles dépendent pour la gestion et l'administration) n'est pas toujours disponible ou fiable, la viabilité financière peut être fragile, et, dans certains contextes, les mutuelles peuvent succomber à des environnements politiques hostiles ou instables. Malheureusement, il existe très peu d'informations empiriques permettant de tirer des conclusions sur la viabilité des mutuelles. Bien que plusieurs mutuelles en Afrique de l'Ouest et centrale, ainsi qu'en Asie, aient duré assez longtemps pour sembler tout à fait viables, il est probable que beaucoup d'autres mutuelles ont fait faillite sans avoir été documentées.

La viabilité financière des mutuelles ne nécessite pas que l'association couvre tous les coûts des soins de santé : les mutuelles peuvent dépendre de subventions du gouvernement ou de bailleurs. Pour les nombreuses mutuelles de santé qui couvrent des ménages relativement pauvres, les subventions publiques permanentes, soit directement aux mutuelles, soit aux services publics de santé dans la région, semblent être cruciales pour assurer à la fois la viabilité à long terme et l'équité. Néanmoins, la viabilité financière nécessite que les mutuelles parviennent au moins à équilibrer leurs budgets au bout d'un certain temps.

Une récente analyse des mutuelles de santé a permis de tirer des leçons utiles sur la façon d'améliorer les chances de viabilité. Il semble que les principaux obstacles à la viabilité soient des erreurs de conception propres à certains associations, une gestion inexpérimentée, une collecte inadéquate des cotisations et le manque de développement institutionnel.

La fourniture de formation et d'assistance technique peut aider à surmonter certains de ces problèmes. Par exemple, les dirigeants des mutuelles doivent définir des paquets de bénéfices et des niveaux de primes réalistes ; les résultats des études de faisabilité peuvent aider à prendre des décisions informées dans ces domaines. Les responsables des mutuelles ont également besoin de compétences en utilisation des systèmes informatiques pour gérer les données ainsi qu'en pratiques comptables, y compris en ce qui concerne l'exactitude des systèmes de collecte des primes. La mise

en œuvre effective de techniques de gestion des risques (cf. question 14) est également importante.

De plus, les mutuelles ne sont viables que si elles sont capables de fidéliser leurs membres et d'en recruter de nouveaux. Les initiateurs des mutuelles doivent continuellement sensibiliser et faire la publicité et communiquer la valeur des mutuelles au public. La conclusion de contrats avec de multiples prestataires de meilleur niveau et la promotion de soins de bonne qualité attireront de nouveaux membres. Le suivi et l'évaluation des mutuelles sont également des moyens permettant aux administrateurs des mutuelles d'identifier et de résoudre les problèmes avant qu'ils ne deviennent insurmontables.

Enfin, certains observateurs ont affirmé que même avec la meilleure gestion possible, les petites mutuelles (disons, ayant moins de 500 membres) sont particulièrement vulnérables en raison de la volatilité financière associée à la faible taille de leurs pools de risques. Par conséquent, on accorde maintenant de plus en plus d'attention aux plans de réassurance (qui consistent à assurer les mutuelles elles-même par des assureurs ayant plus de ressources) ou au développement de plus grands pools de risques pour certains services plus coûteux.

12 Est-ce que les mutuelles de santé absorbent beaucoup d'argent dans les frais administratifs ?

Les mutuelles de santé ont parfois été critiquées pour leurs frais administratifs élevés. Il est clair que, comparé à un système basé sur le paiement à l'acte par l'usager, tout système d'assurance maladie implique des frais administratifs plus élevés. Les régimes d'assurances, y compris les mutuelles de santé, doivent créer et gérer des systèmes pour la collecte des cotisations, le traitement des sinistres, la gestion du pool de risques et la gestion des finances dans leur ensemble. Les mutuelles avec lesquels PHR*plus* travaille en Afrique de l'Ouest et centrale dépensent en moyenne de 5 à 10 pour cent de leur budget annuel en frais d'administration. Au Rwanda, les mutuelles pilotes ont dépensé approximativement sept pour cent de leur budget annuel total en frais d'administration. Ces chiffres sont meilleurs que ceux du secteur de l'assurance maladie aux États-Unis, où 12 pour cent des revenus sont généralement absorbés par les dépenses administratives (Diamond 1992). Il faut toutefois reconnaître que de nombreuses fonctions administratives dans les mutuelles sont fréquemment effectuées par des bénévoles et qu'on ne tient pas compte de ces activités dans les estimations présentées ci-dessus. Le fait que les mutuelles s'appuient beaucoup sur le travail bénévole peut réduire les coûts mais, comme indiqué plus haut, cela peut aussi susciter des doutes quant à la durabilité des associations.

Le niveau des frais administratifs sera également affecté par des facteurs tels que la taille d'une association, l'efficacité des systèmes administratifs et opérationnels, la fréquence de la collecte des cotisations, la nature des modalités de paiement des prestataires et la forme de l'organisation gérant l'association. Les mutuelles les plus importantes bénéficieront vraisemblablement d' économies d'échelle : elles peuvent répartir leurs frais généraux fixes entre un nombre plus large d'adhérents et, par conséquent, les frais généraux constitueront probablement une fraction plus faible des dépenses totales.

Tous les mutuelles de santé nécessitent un certain nombre de systèmes administratifs et opérationnels de soutien tels que des systèmes d'identification pour les membres, des bases de données contenant les listes de membres et des systèmes de gestion financière[2] ; mieux ces systèmes sont conçus, moins les frais généraux administratifs seront élevés en fin de compte. La collecte des primes peut être une tâche administrative particulièrement pesante, en particulier si l'association souffre de problèmes causés par des retards de paiement de primes ou même de non-paiement de ces dernières. Plus la périodicité de paiement des primes est courte, plus les frais administratifs associés seront élevés. La façon dont les prestataires de soins de santé sont rémunérés par l'association affectera également de façon significative les frais généraux. Les systèmes de rémunération des prestataires qui sont basés sur des barèmes complexes sont les plus difficiles à gérer : les responsables de mutuelles doivent vérifier les factures individuelles et calculer des paiements pour chaque facture soumise. En contraste, les systèmes de rémunération à la capitation, selon lesquels l'association paie une somme forfaitaire chaque année pour chaque personne inscrite auprès d'un prestataire, produiront vraisemblablement des frais généraux plus faibles. Plusieurs mutuelles de santé, particulièrement celles avec lesquelles PHR*plus* travaille, utilisent un système de paiement basé sur la capitation pour payer les prestataires.

Parfois, les mutuelles de santé sont gérées par des organisations telles que des groupements de micro-crédit ou de micro-assurance qui gèrent déjà des transactions financières complexes avec leurs membres/bénéficiaires. Par exemple, le secteur assurance maladie d'une association de la *Self-Employed Women's Association* au

[2] Pour plus d'informations sur les systèmes administratifs et de gestion pour les mutuelles de FCS, cf. Cripps et al. (2000).

Gujarat, Inde, à ses racines dans une organisation de micro-crédit. Pour de telles organisations, les frais généraux administratifs additionnels du lancement d'une mutuelle de santé seront probablement plus faibles que ceux d'une organisation créée pour gérer la mutuelle de santé uniquement.

En fin de compte, les systèmes administratifs mis en place (et les sommes dépensées pour l'administration) doivent refléter les buts et la taille de la mutuelle. Par exemple, des systèmes complexes pour identifier les membres et gérer les pools de risques seront probablement inappropriés pour les mutuelles qui ne couvrent qu'une faible fraction des coûts des soins et qui sont spécialisés dans les soins primaires. En contraste, les mutuelles qui fournissent une assurance pour de nombreux services hospitaliers coûteux nécessitent probablement des systèmes administratifs plus complexes pour pouvoir fonctionner de façon adéquate.

13 Quels sont les montants types des primes et des tickets modérateurs dans les mutuelles de santé?

Les montants des primes et des tickets modérateurs dépendent des circonstances individuelles d'une mutuelle de santé et sont fixés par les membres de l'association. Lorsque PHR*plus* travaille avec les membres d'une communauté pour aider à établir une mutuelle, le personnel local d'assistance technique fournit des estimations des prix qui devraient être facturés pour divers paquets de bénéfices afin de recouvrer les coûts des soins de santé et les frais généraux. La communauté doit ensuite discuter et décider quelle combinaison de primes et de paquets de bénéfices est abordable pour les membres de la communauté et offre un paquet de bénéfices suffisamment attractif. Les mutuelles peuvent décider ou non d'incorporer un ticket modérateur dans leur modèle. Des tickets modérateurs sont généralement inclus lorsqu'on craint que la fourniture d'une couverture d'assurance entraîne une utilisation excessive et superflue des services de soins de santé.

Comme les primes, le montant du ticket modérateur et les paquets de bénéfices sont décidés localement, il existe des différences considérables entre les mutuelles quant à la façon dont ils sont constitués. Le Tableau 6 présente les primes et les paquets de bénéfices pour diverses mutuelles en Afrique de l'Ouest. Pour les cinq mutuelles indiquées, au moins certains des prestataires travaillant avec la mutuelle sont subventionnés, soit par l'État, soit par des organisations caritatives religieuses. Ceci a pour corollaire que les primes indiquées au Tableau 6 ne représentent pas un recouvrement complet des coûts.

14 Comment les mutuelles de santé gèrent-elles les risques ?

Pour pouvoir gérer les risques, la mutuelle de santé doit s'efforcer d'augmenter la prévisibilité des coûts et des revenus de façon à éviter les déficits. Dans les grands schémas d'assurance traditionnelle, la taille du groupe augmente la capacité de l'assureur de prévoir des coûts extrêmes et lui permet de planifier leur gestion. Dans les petits groupes, tels que la plupart des mutuelles de santé, des coûts imprévisibles sont beaucoup plus susceptibles de survenir, ce qui augmente le besoin de fonds de réserves et d'autres stratégies de gestion des risques.

L'une des principales stratégies utilisées pour gérer les revenus est la constitution de fonds de réserves financières. La plupart des mutuelles de santé s'efforcent de réserver une partie des revenus provenant des primes payées par les adhérents pour constituer une réserve permettant de payer les coûts inattendus. La difficulté de prévoir les augmentations des coûts des soins augmente quand il existe peu d'informations sur les nouveaux adhérents. Les nouveaux adhérents peuvent augmenter leur recours aux services de santé quand ils adhèrent à une association s'ils n'avaient pas accès auparavant à une assurance maladie. Pour ces raisons, la plupart des mutuelles stipulent une période d'attente pendant laquelle les adhérents paient des primes mais n'ont pas encore droit aux prestations. Cette stratégie de gestion des risques augmente les fonds disponibles pour les paiements en cas d'utilisation supérieure à ce qui avait été prévu par les nouveaux membres. Ces réserves peuvent être investies et accumuler des intérêts afin d'accroître les revenus de la mutuelle de santé. Les mutuelles doivent également avoir des lignes de conduite claires et mises en œuvre correctement pour empêcher les retards dans le paiement des primes.

Des stratégies de contrôle des coûts des mutuelles incluent:

- Références obligatoires : les prestataires de soins primaires partenaires de la mutuelle de santé doivent orienter les membres vers des établissements de soins de niveau supérieur afin d'éviter une utilisation inappropriée des niveaux supérieurs de soins (filtrage).
- Éducation des membres : notamment la promotion des services préventifs et de soins primaires.
- Éducation des prestataires : pour promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments, ainsi qu'une gestion des cas et des orientations appropriées.

Tableau 6 : Primes, tickets modérateurs et paquets de bénéfices pour diverses mutuelles d'Afrique de l'Ouest

Mutuelle et région	Prime par personne et par mois, en $ US (2003)	% ticket modérateur	Gamme de prestations
And Faggaru Thiès, Sénégal	0,35 $ par personne et par mois + 1,72 $ de paiement initial unique	0%	Soins prénatals et postnatals Planification familiale Accouchements Soins de santé primaires Médicaments Hospitalisation
Fissel Thiès, Sénégal	0,17 $ par personne et par mois + 0,86 $ de paiement initial unique	20%	Accouchements Hospitalisation (seulement les médicaments) Médicaments (soins ambulatoires) Soins de santé primaires Transports
Darou Mousty Louga, Sénégal	0,17 $ par personne et par mois + 1,72 $ de paiement initial unique	Hospitalisation : 0 % Tous les autres services : 50 %	Accouchements Hospitalisation (seulement les médicaments) Médicaments (soins ambulatoires) Soins de santé primaires Soins prénatals
Nkoranza Nkoranza, Ghana	0,10 $ par personne et par mois	0%	Exclusion des soins en consultation externe à l'exception des morsures de serpent L'hospitalisation comprend : consultations médicales, frais d'admission, accouchements avec complications, analyses en laboratoire, radiographie, médicaments et orientation vers des services spécialisés
Dodowa Dangme West, Ghana	0,09 $ par personne et par mois	0%	Services de consultation externe Services de laboratoire de base Soins prénatals et postnatals Planification familiale Accouchements Services d'aide sociale pour les enfants, immunisation Services d'ambulance

Nota : Conversions : 580 CFA/1$ US, 8 500 cédis/1 $ US

- Paiements basés sur la capitation : le paiement d'une somme forfaitaire aux prestataires pour chaque patient inscrit avec eux motive le prestataire à contrôler les coûts.

- Tickets modérateurs et franchises fixes qui obligent les membres des mutuelles de santé à couvrir une partie de leurs dépenses médicales immédiatement quand ils demandent des services. Franchises et tickets modérateurs ont pour objet de réduire le risque d'utilisation abusive des services par les participants de la mutuelle de santé.

- Maxima quant au montant et à la durée d'hospitalisation de la couverture (par exemple, jusqu'à 20 $ ou 15 jours de soins à l'hôpital). Ces maxima augmentent la capacité de la mutuelle de santé de contrôler à la fois la prévisibilité et le montant des coûts des soins de santé.

Il faut noter que les deux dernières stratégies mentionnées ci-dessus réduisent le risque financier pour la mutuelle en le transférant au patient ; une utilisation extensive des tickets modérateurs ou des maxima pour les bénéfices peut augmenter les paiements directs à la charge des membres et rendre la mutuelle moins attractive.

Une pratique courante des compagnies d'assurances privées consiste à exclure les maladies préexistantes. Cependant, pour de nombreuses mutuelles cherchant à promouvoir la solidarité, ce n'est probablement pas une caractéristique souhaitable car elle exclut certains des membres les plus vulnérables de la société qui ont le plus besoin d'un accès amélioré aux services de santé.

En général, une gestion compétente des mutuelles contribue à réduire le risque en recueillant des informations précises sur les membres de l'association, en donnant des incitations aux membres pour qu'ils évitent une utilisation superflue et en limitant la responsabilité de la mutuelle à travers une conception et une gestion appropriée des prestations offertes. La prévisibilité des coûts extrêmes et les ressources financières nécessaires pour couvrir ces coûts augmentent au fur et à mesure de la croissance de la mutuelle de santé.

La réassurance, qui permet aux mutuelles de payer une faible prime afin de se couvrir contre des pertes financières excessives, est une autre stratégie permettant de contrôler les risques. Mais les pays en développement ont très peu d'expérience de la réassurance et des capacités limitées dans ce domaine. Un débat intense est en cours à l'échelle internationale pour déterminer si le recours à la réassurance aiderait réellement à rendre ces mutuelles plus viables (cf. Fairbank 2003).

15 Comment les mutuelles de santé peuvent-elles améliorer la qualité des soins ?

Jusqu'à présent, le potentiel d'amélioration de la qualité des soins par les mutuelles de santé n'a pas été complètement exploité. Bien que les mutuelles soient souvent constituées autour de services de soins existants ayant une qualité acceptable ou exceptionnelle, il est malgré tout un défi d'améliorer la qualité des soins en utilisant le pouvoir d'achat collectif créé par les mutuelles de santé. La mise en place de mutuelles dans des zones où la qualité des soins est mauvaise représente aussi un véritable défi.

Des mutuelles peuvent améliorer la qualité de soins en :

- mobilisant des ressources financières supplémentaires ;
- donnant plus de certitude aux prestataires en termes de rémunération en numéraire ;
- renforçant la communication et les lignes de responsabilité entre les prestataires et les patients ;
- utilisant des contrats pour créer des effets de levier.

Les recettes additionnelles générées pour les prestataires par des mutuelles de santé peuvent être utilisées pour acheter des médicaments essentiels, payer du personnel supplémentaire ou améliorer les approvisionnements, ce qui peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Comme indiqué plus haut, à la différence des paiements par les usagers, les mutuelles de santé offrent aux prestataires de services de santé un système de rémunération plus fiable qui permet de mieux planifier l'utilisation des ressources.

Une définition plus claire des responsabilités et un dialogue franc et ouvert entre les prestataires et les membres de la communauté sont peut-être plus importants que les ressources financières à elles toutes seules pour améliorer la qualité. Les mutuelles de santé offrent un forum permettant de discuter la qualité et de donner du feed-back aux prestataires de services de santé, et également de créer des consommateurs plus informés des services de santé. Les mutuelles de santé peuvent aussi améliorer la qualité des soins en négociant avec les prestataires et en concluant des contrats avec eux. Les contrats entre les mutuelles de santé et les prestataires comprennent des normes précisant ce que la mutuelle attend de ces derniers en termes des aspects structurels et de processus des soins de santé.[3]

[3] Pour plus d'informations sur les mutuelles de santé et les questions de qualité des soins, cf. Gamble Kelley et al. (publication prochaine).

16 Comment les mutuelles de santé peuvent-elles être suivies et évaluées ?

Comme c'est le cas avec toute activité, le suivi et l'évaluation sont essentiels pour assurer la poursuite du succès des mutuelles de santé. Le suivi sera probablement réalisé de diverses façons et pour des raisons très différentes. Une distinction fondamentale est entre le suivi interne (suivi pour des raisons propres à la mutuelle) et le suivi externe (suivi effectué par le gouvernement ou par une autre entité externe pour évaluer la contribution de la mutuelle de santé aux objectifs d'ensemble du secteur de la santé).

La plupart des mutuelles avec lesquels PHR*plus* coopère effectuent une étude de faisabilité initiale et, sur la base de cette étude, formulent une stratégie ou un business plan. L'étude initiale et le business plan définissent un seuil à atteindre permettant d'évaluer les résultats de la mutuelle et de modifier la stratégie si nécessaire. Les responsables de la mutuelle de santé doivent suivre et évaluer constamment la performance de la mutuelle. Typiquement, les mutuelles vont suivre les tendances concernant les fluctuations du nombre des membres (y compris les adhésions et les départs), certains indicateurs financiers (comme le pourcentage de collecte des cotisations ou le rapport entre les cotisations et les dépenses), certains aspects institutionnels tels que l'activité des commissions, et les services fournis (cf. Tableau 7). Bien que les informations issues du suivi soient utilisées essentiellement par les responsables des mutuelles , les membres des mutuelles suivent et évaluent leurs performances grâce aux assemblées générales et à des contacts périodiques avec les responsables élus de la mutuelle.

Les stratégies de suivi externe des mutuelles sont beaucoup moins développées, bien que certains efforts imaginatifs soient en cours. Par exemple, le Ministère de la Santé du Sénégal a créé un comité rassemblant de multiples partenaires au sein du Ministère pour harmoniser les systèmes de suivi et d'évaluation pour les mutuelles dans tout le pays. Dans l'idéal, un gouvernement dont la stratégie financière pour le secteur de la santé s'appuie dans une large mesure sur le FCS devrait surveiller des indicateurs tels que les fluctuations du nombre des adhérents aux mutuelles et la répartition des membres par zone géographique, les dépenses totales par les mutuelles de santé, les taux de succès et d'échec des mutuelles, ainsi que le profil des membres des mutuelles par rapport au reste de la population. Dans la mesure du possible, les plans de suivi et d'évaluation des mutuelles devraient calculer l'utilisation des services de santé par les membres par rapport aux personnes qui n'en sont pas membres afin de mieux comprendre l'impact de telles mutuelles sur l'utilisation de ces services. Les questions concernant les rapports entre les mutuelles et le reste du secteur de la santé (et, par conséquent, le type de suivi approprié) sont traitées plus en détail ci-dessous.

Tableau 7 : Contrôle des indicateurs utilisés par des mutuelles de santé

PHR*plus* a coopéré récemment avec les mutuelles de santé au Sénégal pour développer et, dans une certaine mesure, normaliser les systèmes de suivi de routine. Des données de référence descriptives ont été recueillies sur : les conditions d'adhésion ; les primes, notamment le montant, la fréquence d'exigibilité et le ticket modérateur ; les services couverts par l'association, y compris les services prioritaires, les prestations hospitalières et les autres services ; la période d'attente pour les nouveaux membres ; les prestataires sous contrat ; et toutes les modifications apportées aux contrats avec les prestataires. PHR*plus* aide maintenant les responsables des mutuelles de faire le suivi des changements affectant leur association. Les indicateurs, qui sont mesurés chaque mois, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Indicateur	Interprétation de l'indicateur
▲ Pourcentage de collecte des primes	Rigueur fiscale, évaluation de la participation active, viabilité
▲ % des membres participant aux assemblées générales	Niveau de participation à la gouvernance générale
▲ % des bénéficiaires qui sont des nouveaux membres du programme	Évaluation de la croissance du programme
▲ % des membres qui sont des femmes bénéficiaires âgées de 15 à 49 ans ▲ % des membres qui sont des enfants bénéficiaires âgés de 0 à 5 ans	Évaluation de la ventilation démographique des adhérents
▲ Excédent net d'exploitation ▲ % des dépenses représentées par les frais administratifs ▲ Réserves en % des dépenses mensuelles	Viabilité et stabilité financières Efficacité administrative Stabilité financière

Liens avec le système de santé

17 Un pays peut-il répondre à ses besoins de financement des soins de santé par le FCS exclusivement ?

Le Financement Communautaire de la Santé ne représente probablement pas la stratégie de financement la plus appropriée pour tous les groupes de population. Le principal avantage des mutuelles de santé est qu'elles fournissent un moyen de créer un pool de risques pour des populations normalement difficiles à atteindre en dehors du secteur d'emploi formel. Ce n'est pas la meilleure stratégie pour créer un pool de risques des travailleurs du secteur formel ; les régimes d'assurance maladie ou d'assurances sociales plus officielles, ou même des assureurs privés réglementés sont plus capables de répondre aux besoins de cette partie de la population. En outre, comme cela a été expliqué en réponse à la question 9, les personnes les plus pauvres sont les moins susceptibles d'adhérer aux mutuelles; de nouvelles stratégies de financement de la santé seront requises pour ce groupe afin de permettre l'accès financier de ses membres aux services, bien qu'il soit possible que ces stratégies s'avèrent compatibles avec les mutuelles de santé. Par exemple, le gouvernement pourrait utiliser des revenus fiscaux disponibles pour subventionner les primes d'une mutuelle de santé pour les plus pauvres.

Jusqu'à présent, aucun pays n'a tenté de répondre à tous ses besoins de financement de la santé par le biais du FCS, mais si un pays tentait de le faire, il serait confronté à divers problèmes. D'abord, le FCS est essentiellement une activité à base communautaire ; si les mutuelles étaient obligatoires dans tout le pays, il est vraisemblable que la propriété des mutuelles par les communautés serait affaiblie, et il est possible que ceci ait des conséquences négatives sur le succès des mutuelles. Ensuite, un système national de financement de la santé basé entièrement sur de multiples mutuelles de faible envergure se traduirait par une grande fragmentation du système de financement de la santé. L'expérience des pays industrialisés (comme les États-Unis) suggère qu'une telle fragmentation a de nombreuses conséquences négatives : les systèmes fragmentés sont difficiles à réglementer ; ils ont tendance à causer une augmentation du coût total ; leurs dépenses administratives sont plus élevées ; et la capacité de négociation des mutuelles avec les prestataires peut être plus faible que si le système de financement était plus consolidé.

Dans la plupart des pays à faibles revenus et dans de nombreux pays à revenus moyens, aucun mécanisme de financement unique, y compris les mutuelles de santé, ne fournira vraisemblablement pas de solution universelle pour le financement de la santé.

18 Les mutuelles de santé peuvent-elles faire partie intégrante d'un système national de financement de la santé ?

Oui, pour les raisons mentionnées plus haut, des mutuelles peuvent constituer une partie importante du système national de financement de la santé d'un pays. De plus en plus, les décideurs au niveau national semblent considérer les mutuelles de santé sous cette perspective. Les mutuelles peuvent contribuer à répondre à certains des besoins de la « classe moyenne » rurale et des travailleurs du secteur informel, tandis que des stratégies de financement complémentaires peuvent répondre aux besoins d'autres groupes. Par exemple, l'association *Thai Health Card* (association du type FCS) cible les personnes qui ne sont pas pauvres dans les régions rurales. Le Gouvernement thaïlandais gère également des mutuelles pour les indigents et pour divers groupes prioritaires (enfants et personnes âgées) qui sont subventionnées intégralement, et il existe aussi des régimes d'assurance parallèles pour les travailleurs du secteur formel. En Tanzanie, le *Community Health Fund* (association du type FCS) cible les travailleurs en dehors du secteur formel, tandis qu'un nouveau régime de sécurité sociale est conçu pour couvrir les travailleurs du secteur formel. Des stratégies similaires sont en voie de développement au Ghana.

Dans les pays à faibles revenus, il est peu probable que les populations rurales ou du secteur informel bénéficiant des mutuelles de santé aient suffisamment de fonds pour financer complètement leurs propres soins, et par conséquent les mutuelles devraient être supplémentaires au budget de la santé de l'État plutôt que remplacer le financement public des soins de santé.

Bien qu'il soit facile d'affirmer que les mutuelles de santé répondront aux besoins d'une tranche particulière de la population, dans la pratique il peut être fort difficile de concevoir une politique et un environnement opérationnel qui assurent qu'une mutuelle donnée bénéficie réellement au groupe ciblé. Les mutuelles nécessitent un certain degré d'autonomie pour pouvoir

répondre aux préférences et aux besoins des communautés. Le gouvernement ne pourra vraisemblablement pas imposer aux mutuelles combien elles doivent faire payer leurs services ou quelles prestations offrir, et ce sont des facteurs tels que ceux-ci qui détermineront qui adhérera à la mutuelle.

Les décideurs doivent également réfléchir soigneusement à la façon dont les mutuelles auront des interactions avec les services financés par l'État, ainsi qu'aux implications de ces interactions vis-à-vis de l'atteinte d'objectifs plus généraux du secteur de la santé (équité, efficience, qualité des soins, etc.). Les mutuelles pourraient servir de complément utile au financement public de la santé de diverses manières. Les mutuelles pourraient :

- créer des pools de risques pour les paiements par les usagers (à l'acte) associés à l'utilisation des services de base dans les cliniques publiques ;
- faciliter l'accès aux prestataires de soins privés qui sont perçus comme offrant des soins de meilleure qualité ;
- créer des pools de risques pour des services en dehors du paquet essentiel de soins financé par l'État.

La décision du gouvernement de subventionner (et de réglementer) ou non les mutuelles de santé, et sa décision concernant les modes de subvention et de réglementation, doivent être influencées par la compréhension de la façon dont les mutuelles s'intègrent au système de financement des soins de santé en général.

Le FCS devrait peut-être être considéré comme une solution temporaire visant à contribuer aux besoins de financement des soins de santé des pays à faibles revenus et à revenus moyens dans lesquels des parties non négligeables de la population ne sont toujours pas employées dans le secteur formel, plutôt que comme un modèle de financement de la santé pour le long terme. Au siècle dernier, en Corée et au Japon, des mutuelles similaires au FCS étaient très répandues ; mais au fur et à mesure que ces pays se sont enrichis, parallèlement à la croissance du secteur d'emploi formel et des capacités de l'État, ces mutuelles ont été de plus en plus réglementées et ont fini par être incorporées au cadre global de la sécurité sociale. Bien que, pour de nombreux pays à faibles revenus, ce scénario soit encore loin dans le future, les décideurs doivent réfléchir soigneusement à la façon dont les mutuelles évolueront dans le cadre d'un système national de financement de la santé.

19 Est-ce que les mutuelles de santé contribuent généralement à l'équité dans le système de financement des soins de santé dans son ensemble?

Il s'agit d'une question importante qui n'a reçu jusqu'à présent que peu de réponses. Même si les mutuelles de santé parviennent à assurer la couverture des pauvres dans leur communauté, il n'est pas évident que ceci contribue réellement à l'équité globale du système. Par exemple, une stratégie nationale de financement des soins de santé basée sur la couverture des populations rurales défavorisées par les mutuelles et le financement public des services aux populations urbaines plus aisées n'améliorerait certainement pas l'équité du système de santé, quel que soit le nombre des pauvres qui adhéraient aux mutuelles de santé.

Les opposants du FCS ont suggéré que la petite taille de ces mutuelles et le fait qu'elles ciblent des communautés limitées peuvent avoir pour conséquence que les pools de risques ainsi créés sont limités aux pauvres, et que ce système ne permet guère de faire subventionner les soins de santé des pauvres par les segments plus aisés de la population.

Les subventions de l'État jouent évidemment un rôle crucial en termes de détermination des effets globaux sur l'équité des mutuelles. L'État subventionne fréquemment les prestataires de soins de santé sous contrat avec les mutuelles, et il subventionne parfois aussi directement les mutuelles (comme en Tanzanie) ou offre des subventions ciblées aux mutuelles pour leur permettre de recruter les personnes les plus pauvres. Certaines subventions conçues pour aider les pauvres risquent en fait de bénéficier à d'autres couches de la population. Par exemple, si des gouvernements fournissent directement des subventions à des mutuelles de santé, mais si les ménages les plus pauvres ne peuvent pas payer les primes, ces ménages sont effectivement exclus de l'accès aux services subventionnés par l'État. Les subventions de l'État visant à permettre l'adhésion des personnes très pauvres aux mutuelles semblent plus efficaces pour améliorer l'équité générale d'un système, mais de nombreuses difficultés doivent toujours être surmontées pour assurer un ciblage adéquat (comme indiqué en réponse à la question 9).

Dans le contexte des mutuelles de santé, les gouvernements doivent faire très attention aux types de subventions qu'ils octroient et analyser leurs modèles,

ainsi que les interactions entre ces subventions et les mutuelles, et leurs implications pour l'équité. Malheureusement, ces questions n'ont pas été suffisamment explorées, et nous ne disposons pas de beaucoup de données empiriques comme base pour formuler des politiques appropriées.

20 Quel rôle les gouvernements peuvent-ils jouer dans la supervision et la promotion des mutuelles de santé?

Le rôle de l'État dans la supervision et la promotion des mutuelles est également mal compris et quelque peu contesté, et ce rôle varie probablement d'un pays à l'autre. Tandis que certains analystes affirment que l'État a un rôle crucial à jouer dans la structuration de l'environnement politique et réglementaire dans lequel des mutuelles fonctionnent, d'autres craignent qu'une intervention prématurée et excessivement énergique par l'État ne détruise l'esprit d'initiative au niveau local qui caractérise le mouvement mutualiste avant que celui-ci n'ait pu développer de profondes racines. Les partisans de ce dernier point de vue expliquent que, même dans des pays comme le Sénégal, où des mutuelles existent depuis au moins dix ans, le mouvement est tout de même relativement récent et que le champ d'application et la nature des mutuelles continuent à évoluer ; une intervention prématurée de l'État risquerait de contrarier l'innovation. En outre, une telle intervention comprend généralement une prise de participation financière qui risque de dissuader les communautés d'investir leurs propres ressources et leur propre temps dans des solutions locales de financement de la santé. Par contre, en l'absence d'un minimum de protection des consommateurs par l'État (comme l'imposition de certains niveaux de réserves ou la réalisation d'audits), la faillite de mutuelle mal gérée conduira la population à rejeter ce mécanisme de financement.

Les personnes qui travaillent avec les mutuelles ont identifié un certain nombre de fonctions qu'une entité de niveau supérieur pourrait exercer utilement. Citons notamment la coordination/facilitation de l'assistance technique pour les mutuelles, la formation de responsables des mutuelles, la dissémination des meilleures pratiques et le suivi et l'évaluation des effets globaux des mutuelles ainsi que l'accréditation des mutuelles. Il existe toutefois un débat productif visant à déterminer si des fonctions comme celles-ci devaient être exercées par un organisme public ou une ONG. Par exemple, dans la région de Thiès, au Sénégal, le GRAIM, une ONG locale, est issu du mouvement mutualiste (cf. Tableau 5). Le GRAIM, qui est composé de présidents et directeurs expérimentés de mutuelles de santé, fournit aux mutuelles une assistance telle que celle qui est décrite plus haut dans toute la région. La question de la réassurance, ou de la manière de protéger le mieux les mutuelles contre l'instabilité financière, tient également compte du rôle approprié de l'État. Bien que certains analystes aient demandé un rôle pour une organisation de « réassurance sociale » non publique, d'autres analystes semblent penser que des solutions différentes avec une participation de l'État pourraient être plus réalistes.

L'une des raisons pour lesquelles il est difficile de déterminer ce qui constitue un rôle approprié pour l'État en réponse au développement des mutuelles est que les mutuelles ont souvent évolué en conséquence de la perception générale de l'incapacité de l'État à fournir un service de soins de santé accessible et de haute qualité. Dans certains des pays où les mutuelles sont bien implantées, les problèmes de corruption de l'administration et de manque de responsabilité sont considérables. Dans de tels contextes, il est facile de comprendre pourquoi les personnes qui ont initié des mutuelles hésitent à céder à l'État le contrôle de certains aspects des mutuelles.

21 Quelles sont les perspectives de développement des mutuelles à une grande échelle?

Les avantages potentiels des mutuelles ont éveillé l'intérêt de certains responsables politiques pour une expansion rapide du nombre des mutuelles et des prestations offertes. Quelles sont les perspectives de matérialisation d'une telle expansion ?

Dans plusieurs pays, les mutuelles connaissent déjà une croissance rapide. Par exemple, il est estimé que dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest, le nombre les mutuelles est passé de 199 en 2000 à 585 en 2003. Cependant, dans la majorité des cas, cette croissance rapide se produit depuis une base relativement limitée. Par exemple, le nombre des mutuelles existant au Ghana est passé de quatre à 159 en moins de trois ans, mais la population totale couverte par ces mutuelles est toujours relativement faible.

La vitesse à laquelle les mutuelles peuvent se développer est limitée pour plusieurs raisons. D'abord, comme décrit en réponse à la question 10, la constitution d'une mutuelle de santé viable est un processus fort difficile et de longue haleine. Dans la plupart des pays, la capacité technique nécessaire pour soutenir les étapes de conception et de développement d'un grand nombre de sites de mutuelles de santé est limitée. Bien qu'il soit certainement possible de lancer des mutuelles sans respecter toutes les étapes suggérées, l'expérience suggère qu'une telle approche augmente le risque d'échec de la mutuelle, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur l'adhésion aux mutuelles dans l'avenir.

Depuis à peu près un an, on constate plus d'optimisme au niveau international quant au rôle que les mutuelles pourraient jouer en répondant aux besoins de financement de la santé et en facilitant l'accès à des services de santé de qualité pour les populations défavorisées. Les mutuelles sont effectivement très prometteuses – à condition d'être bien conçues, bien mises en œuvre et bien coordonnées avec les politiques nationales de financement – pour offrir une gamme de prestations à des populations traditionnellement ignorées. Étant donné le besoin pressant d'améliorer la qualité des soins, de faire assumer aux prestataires leurs responsabilités et d'abaisser les barrières financières d'accès aux services de santé dans de nombreux pays à faibles revenus, il n'est pas étonnant que de nombreuses parties prenantes souhaitent voir une expansion rapide de telles mutuelles. Cependant, l'espoir d'accélération du développement de mutuelles couronnées de succès doit être tempéré par la compréhension du fait qu'en l'absence d'engagement réel et d'appropriation par la communauté, ainsi que de conception et de gestion compétente, il ne sera pas possible de réaliser tout le potentiel des mutuelles de santé.

Bibliographie

Anie, Sylvia, George Kyeremeh et Samuel George. Novembre 2001. *Mutual Health Organizations: A Quality Information Survey*. Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc.

Atim, Chris. Septembre 2000. *Training of Trainers Manual for Mutual Health Organisations in Ghana*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Atim, Chris. Juillet 1998. *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*. Rapport technique N° 18. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Bennett S. Mai 2004. "The Role of CBHI within the Broader Health Financing System: A Framework for Analysis." *Health Policy and Planning*.

Bennett, Sara, A. Creese et R. Monasch. 1998. "Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment." Division d'analyse, de recherche et d'évaluation de l'Organisation Mondiale de la Santé, Document ARA N° 16.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2001. *Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé*. Organisation Internationale du Travail.

Cripps, Gilbert, Janet Edmond, Richard Killian, Stephen Musau, Priya Satow et Madjiguene Sock. Octobre 2000. *Guide to Designing and Managing Community-based Health Financing Schemes in East and Southern Africa*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Diamond, Peter. 1992 "Organizing the Health Insurance Market." *Econometrica* 60 (Novembre 1992): 1233-1254.

Fairbank Alan. Août 2003. *Sources of Financial Instability of Community-based Health Insurance Plans: How Could Social Reinsurance Help?* Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc.

Gamble Kelley, Allison, Edward Kelley et Caroline Quijada. Publication prochaine. "Quality Care for Communities: A Manual for Managers of Mutual Health Organizations." Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc.

Gamble Kelley, Allison, Edward Kelley, Cheick Simpara, Ousmane Sidibé et Marty Makinen. Février 2001. *Equity Initiative in Mali (IPE): Reducing Barriers to the Use of Basic Health Services: Findings on Demand, Supply, and Quality of Care in Sikasso and Bla*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Hsi, C. Natasha, Janet Edmond et Alison Comfort. Mai 2002. *Preliminary Review of CBHF Programs and the Potential for Addressing HIV/AIDS Needs in Sub-Saharan Africa.* Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc.

Organisation Internationale du Travail. 1999. *Health Micro-Insurance: The Abidjan Platform – Strategies to support mutual health organizations in Africa*. Genève, Bureau International du Travail, Association de Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) Département de la Sécurité sociale.

Musau, Stephen N. Août 1999. "Community-Based Heath Insurance: Experiences and Lessons Learned from East and Southern Africa." Rapport technique N° 34. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Preker, Alexander S. et al. 2002. "Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness." *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 80 (2): 143-150.

Schneider, Pia et Francois Diop. Octobre 2001. *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household Survey*. Bethesda, MD: Partner for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc.

Schneider, Pia, François Diop et Charlotte Leighton. Mars 2001. *Pilot Testing Prepayment for Health Services in Rwanda: Results and Recommendations for Policy Directions and Implementation*. Rapport technique N° 66. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Schneider, Pia, Francois Diop et Sosthene Bucyana. Mars 2000. *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda.* Rapport technique N° 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Organisation Mondiale de la Santé. 2001. *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*. Rapport de la Commission de Macroéconomie et de Santé. Genève.

---

21 Questions sur le FCS : Un aperçu du financement communautaire de la santé, a été rédigé par Sara Bennett, PhD, Allison Gamble Kelley, MA, et Brant Silvers, MA ; Raj Gadhia, MPH, et Salamata Ly ont contribué aux tableaux. Les auteurs remercient Charlotte Leighton, PhD ; Nancy Pielemeier, DrPH ; et Jack Galloway pour leurs commentaires utiles sur les versions préliminaires. La version française a été revue par François Diop, PhD, Abdoulaye Ba, BS, et Yann Derriennic, MBA. Le document a été révisé par Linda Moll et conçu et réalisé par Michelle Munro.

Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*) est financé par l'USAID sous le contrat N° HRN-C-00-00-00019-00 et mis en œuvre par Abt Associates Inc. et ses partenaires : Development Associates, Inc. ; Emory University Rollins School of Public Health ; Program for Appropriate Technology in Health ; Social Sectors Development Strategies, Inc. ; Training Resources Group ; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ; et University Research Co., LLC.

PHR*plus* Resource Center
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel 301-913-0500
Fax 301-652-3916
Email PHR-InfoCenter@abtassoc.com
URL www.PHRplus.org